



Gestion des lits : les leviers de l'optimisation

Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, annonçait en avril le lancement d'un programme national d'amélioration de la gestion des lits. Construit autour de la création de postes de bed managers, le dispositif a suscité la polémique. Tous les acteurs ne mettent pas les mêmes « maux » derrière le constat de désorganisation. Saturation des urgences, opacité entre les services, goulots d'étranglement amont et aval... que pourrait débloquer une telle démarche d'optimisation ? Nos interlocuteurs en débattent et ouvrent de nouvelles perspectives. Ils précisent les fonctionnalités-clés des systèmes d'information qui doivent accompagner la mise en œuvre des nouvelles organisations afin de fluidifier les parcours des patients au sein des établissements.

Propos recueillis par Delphine Guilgot

DSIH : Le constat semble unanime aujourd'hui : la gestion des lits en France est loin d'être optimale...

Nadia Antignac : En effet ; il faut néanmoins se réjouir de la prise de conscience actuelle. Voilà 10 ans que je travaille sur la gestion des lits et l'ordonnancement, notions alors totalement inconnues à l'époque ; je suis ravie de voir que ces principes, auxquels je crois, sont de plus en plus abordés.

Dominique Dejean : La terminologie « gestion des lits », employée à tout bout de champ aujourd'hui, n'est pas la plus juste pour décrire le sujet qui nous intéresse. Il s'agit bien de gérer des parcours de patients, ce qui passe par la gestion des lits, mais pas seulement. C'est ce qui explique que l'on peut appliquer les méthodes et outils de l'hôtellerie. Dans une chambre d'hôpital, il n'y a pas seulement deux lits. Il y a deux patients. Celui qui occupe un lit impose des contraintes sur le placement du second : sexe, niveau d'infection, sociabilité, etc.

DSIH : Vous choisissez donc de parler plutôt « d'ordon-

nancement du circuit du patient »...

D. D. : L'ordonnancement est une méthode qui vient de l'industrie et qui a pour but de réduire les ressources mobilisées pour produire le niveau de soin visé, et d'éviter ainsi à tous de perdre du temps. C'est valable pour une chambre, mais aussi pour un scanner, une salle de bloc, etc.

Dr Éric Revue : Il est clair que le manque d'organisation des hôpitaux est flagrant. Il nous faut absolument développer une culture de l'organisation et de l'anticipation. Imaginez que, même si un lit est vacant dès le matin, on ne réussit que très rarement à l'occuper avant la fin de la journée. C'est du temps perdu pour l'hôpital, autant que pour le patient.

Pascal Baudry : Nous tirons aujourd'hui deux principaux constats du terrain. Le premier est le besoin fondamental de synchroniser et de coordonner le parcours patient au sein des établissements. L'optimisation des lits passe par une meilleure coordination, qui découlera, de fait, d'un meilleur partage de l'information entre les acteurs. Il sera

alors possible de réduire la durée de séjour, d'accélérer la rotation des lits et d'accueillir plus de patients. C'est ce que permet la solution M-Visibilité, en offrant un pilotage visuel en temps réel, qui renseigne les acteurs de la prise en charge « d'un seul coup d'œil » sur les actions à entreprendre « au bon moment ». D'un autre côté, la gestion des lits est une activité chronophage, répartie sur plusieurs acteurs, qui y perdent beaucoup de temps. Il manque véritablement une personne dédiée – ou un groupe de personnes –, dont le rôle serait d'optimiser les flux patients de manière centralisée, à l'aide d'un système d'information adapté.

DSIH : Quels problèmes réglerait la mise en place des bed managers ?

N. A. : Le bed manager assure la fluidité du parcours patient. Il offre au patient une visibilité sur son parcours, avec une qualité et une sécurité optimales. L'établissement gagne ainsi une meilleure organisation et une optimisation des ressources. Les médecins, quant à eux, trouvent un meilleur



Dr Éric Revue,
Chef de service
des Urgences SMUR
du CH Louis Pasteur
à Chartres

confort de pratique et une sécurité renforcée.

D. D. : Cela permettrait finalement de régler plusieurs problèmes, le premier – et non des moindres – étant celui de l'éternel engorgement des urgences. Celui-ci est lié avant tout aux difficultés de transférer des patients en aval, du fait, il faut l'avouer, d'une totale opacité de la gestion des lits. Aujourd'hui, dans les services d'urgence, personne ne sait où sont les lits disponibles. Certains sont réservés, mais restent vides des heures durant, dans l'attente d'une hospitalisation programmée.

DSIH : La gestion des lits n'est donc finalement qu'une question de gestion des urgences ?

É. R. : Non, je ne crois pas. Dans les années 90, les urgences étaient le parent pauvre de l'hôpital, avec un personnel pas forcément bien formé. Or, en 10 ans, le nombre de passage aux urgences a doublé, mettant en évidence un problème d'organisation. Il faut réorganiser les urgences, certes, mais cela ne suffit pas. Le problème vient aussi de l'aval. L'ensemble de l'établissement est donc concerné.

N. A. : Ce doit être un projet d'établissement, même s'il est vrai qu'en structurant les urgences, bien souvent, on structure l'ensemble de l'établissement. Il me semble cependant primordial d'inclure les interventions programmées dans les missions du bed manager. En optimisant l'activité programmée, on réussit la prouesse de programmer du « non programmé » ! À condition, évidemment, de fixer des règles précises et adaptées. On ne peut pas gérer l'activité viscérale comme celle de l'orthopédie.

DSIH : Pourquoi les SI hospitaliers français commencent-ils seulement à être concernés ?

P. B. : La priorité a été donnée ces dernières années à l'informatisation de la production de soins. Le système atteint désormais sa maturité dans le domaine. Il faut maintenant optimiser tout ce qui touche au parcours patient au sein de l'établissement et coordonner les flux patients.

Bed manager : un profil idéal ?

« Avant d'être bed manager, j'ai occupé successivement les postes de responsable de bloc opératoire et de directeur des soins, raconte Nadia Antignac.

Ces deux expériences m'ont apporté une connaissance approfondie de toutes les facettes du parcours patient : c'est la première nécessité. Je dirais qu'un soignant est plus à même de connaître les problématiques de chacun, ce qui sera un atout pour bien communiquer avec tous, et être accepté par la communauté médicale. »

DSIH : Plusieurs outils sont déjà à disposition des établissements, comme le ROR. Pourraient-ils être exploités, développés à cette fin ?

D. D. : Ces solutions ne donnent pas une information juste et exploitable. C'est une photo au temps T, sans perspective. Notre cabinet propose aux DSI d'auditer leurs solutions pour évaluer les changements à apporter et répondre aux besoins. Nous mettons à disposition un PatientFlowManager®, qui permet à l'établissement de s'approprier les techniques de gestion des lits et d'ordonnancement du circuit du patient sans attendre l'adaptation de son SI.

N. A. : La condition sine qua non à la pertinence d'un SI est que tout le monde l'exploite selon les mêmes règles. Il en est ainsi pour le ROR, comme pour le reste. Alors oui, dans 10 ans peut-être, le ROR pourra être utile aussi à la gestion des lits, mais cela suppose en effet qu'il soit complété en temps réel par tous les établissements ; chose impossible tant que toutes les structures n'auront pas ordonné leur propre établissement.

DSIH : Dr Revue, vous avez mis en place depuis peu un logiciel de géolocalisation au sein de votre service pour optimiser la gestion des flux.

É. R. : Notre démarche avait pour objectif premier d'informatiser la totalité du dossier médical dans le service. Nous en avons profité pour intégrer à la solution des données spécifiques aux urgences. L'outil, en cours de développement, offre la possibilité de visualiser en temps réel les mouvements du patient dans le service sur une carte en deux dimensions. Chaque patient est représenté par un timbre, que les différents intervenants déplacent en même temps que sa prise en

charge réelle. Chaque mouvement déclenche une pendule qui permet, à la fin de la journée, de mesurer le temps passé sur chaque action.

DSIH : Quel est l'intérêt d'un tel système ?

É. R. : En localisant les patients en temps réel, nous perdons moins de temps à les chercher entre les différents lieux de consultation et d'examen. Par ailleurs, l'extraction et l'analyse des résultats nous donnent le moyen de comptabiliser les temps d'attente et d'optimiser les points d'achoppement. Nous savons quels jours, à quelles heures et quelles zones du service sont en tension. Les équipes sont alors dispatchées en fonction du taux d'occupation. C'est un outil précieux de gestion des flux.

DSIH : En quoi ce logiciel répond-il à la problématique de la gestion des lits ?

É. R. : Il n'y répond pas en tant que tel. Il m'est utile pour savoir combien de patients sont actuellement en attente et en faire une analyse. Je suis en mesure d'estimer mes besoins en lits d'ici la fin de la journée. Mais l'outil ne me dit pas quel type de lits. C'est pourquoi ce système de géolocalisation doit être intégré à un système de gestion des lits plus global, qui régit l'ensemble de l'établissement.

DSIH : Quel SI idéal devrait accompagner le bed manager dans sa mission ?

D. D. : Le bed manager a besoin d'une vision globale, la plus large possible, de l'occupation des lits dans le temps. Il doit s'agir d'une représentation en temps réel, occultant les informations du type « réservé ». Un lit est vide ou ne l'est pas. Ce système doit également gérer l'information prévisionnelle. ...

« Il faut maintenant optimiser tout ce qui touche au parcours patient au sein de l'établissement et coordonner les flux patients. »



Dominique Dejean,
associé gérant
du cabinet Effigen



Pascal Baudry,
Directeur de projet et
Responsable Produits
Internationaux,
Chef de produit M-Lits et
M-Visibilité, McKesson

N. A. : Le SI est en effet un atout majeur. Il donne lieu à tous de bénéficiaire d'informations justes et partagées et de les transmettre rapidement. Chacun, du brancardier au médecin, peut ainsi prendre une part active à l'optimisation des flux patients en traçant sa propre action dans la prise en charge. Le SI, associé à des règles de fonctionnement rigoureuses, répond ainsi aux contraintes de traçabilité. Par ailleurs, grâce aux indicateurs, il nous permet de mener une gestion a priori plus pertinente qu'a posteriori. Il ne faut cependant pas en devenir esclave et passer son temps à remplir des cases.

P. B. : C'est indéniablement la meilleure façon de repérer les goulots d'étranglement et d'organiser la planification sur les jours à venir, notamment en chirurgie et pour les patients non programmés. Deux éléments me semblent être des prérequis indispensables au SI : transparence sur la disponibilité des lits et partage d'informations. McKesson propose deux solutions complémentaires pouvant fonctionner ensemble ou séparément. M-Lits, intégrée au Dossier Patient Informatisé CrossWay Hôpital, sert à assurer la gestion prévisionnelle et ajuster la capacité en lits en conciliant les flux programmés et non programmés. Nous avons notamment travaillé à la meilleure manière d'anticiper la libération d'un lit. Aujourd'hui, la date de sortie prévisionnelle est rarement saisie,

alors qu'elle est indispensable. Avec M-Lits, le calcul de cette date s'effectue automatiquement en fonction du motif de venue, des actes planifiés ou d'autres critères définis par l'établissement. La solution couvre d'autres fonctionnalités précieuses : visualisation et modification de l'état des lits, gestion des lits supplémentaires, demande, réservation et affectation d'un lit. M-Visibilité, quant à elle, apporte les ressources pour optimiser les circuits grâce au partage d'informations. Cette solution est aujourd'hui déployée en France au CH de Châtellerauld et au CHU de Poitiers.

DSIH : Qu'en est-il de l'organisation des flux en amont ?

É. R. : L'amont est bien souvent négligé. C'est une erreur car l'une des problématiques des urgences vient de l'afflux de personnes âgées polyopathologiques, où ce n'est bien souvent pas la place. À Chartres, nous avons choisi d'effectuer un travail de réseau avec les médecins libéraux travaillant en EHPAD, pour repérer les personnes en situation de risques d'hospitalisation. La mise en place d'une équipe mobile de gériatrie est également une bonne piste. Une autre solution tient au développement de la télémédecine, pour l'instant rare dans les EHPAD.

DSIH : Le SI est-il le salut du bed manager ?

É. R. : Il faut réorganiser avant d'implanter un SI. Malheureu-

sement, bien souvent encore, on fait l'inverse.

D. D. : Je suis d'accord : il ne faut pas détacher le SI des prérequis organisationnels. Marisol Touraine recommande d'ailleurs ce que nous mettons déjà en œuvre dans plusieurs établissements : la mise en place d'une cellule d'ordonnancement.

É. R. : À Chartres, nous disposons d'un SI qui nous informe de l'occupation des lits. Il a été « fabriqué » par notre équipe SI interne à partir du logiciel DX Care de Medasys, que nous avons paramétré de manière à répondre à nos besoins. Mais le SI a ses limites. Il n'est rien sans l'intervention humaine. C'est pour cela que nous avons porté notre candidature à l'appel lancé par l'ANAP pour créer un poste de bed manager.

N. A. : En tant que responsable d'une cellule d'ordonnancement, la première étape de ma mission est de structurer le flux d'informations. L'ordonnancement sans SI, c'est possible ! Quand j'ai commencé, je n'en avais pas. Le SI doit s'adapter à l'organisation en place. Mais attention, aujourd'hui, on ne se détache jamais du papier. D'abord, parce que la procédure requiert la signature du patient. Ensuite, parce que garder une procédure « dégradée » permet de continuer l'activité en cas de changement d'outils ou de bugs.

É. R. : Les outils de gestion de lits sont très variables selon les établissements. Certains n'en possèdent même pas ! Avoir un outil informatique facilite la vie des équipes. Mais même lorsque cet outil colle bien à la réalité, la dimension humaine reste. Hospitalisation de jour, de semaine, activité du bloc opératoire... on l'a dit : il n'y a pas que les patients arrivés par les urgences à placer.

DSIH : Les bed managers seraient démunis face aux corporatismes des professionnels de santé...

N. A. : Le bed manager doit mettre en application des principes dictés par la direction, en travaillant étroitement avec les praticiens. Il doit concilier les volontés de chacun : les préoccupations économiques

Une collaboration éditeur-consultant

La collaboration entre Effigen et McKesson est née autour des Nouvelles Cliniques Nantaises, pour lesquelles les deux sociétés ont conduit un projet commun.

« Monsieur Dejean nous a sollicités pour produire des synergies entre la solution informatique et les changements organisationnels qu'il mettait en place, explique Pascal Baudry. Quand nous avons élaboré un nouveau module spécifique, nous avons signé un partenariat avec Effigen pour utiliser son expérience. Nos compétences éditeur-consultant sont complémentaires. »

« J'ai en effet créé le concept d'ordonnancement, en 2003, lors d'une collaboration avec trois cliniques privées qui fusionnaient et souhaitaient développer pour l'occasion une nouvelle méthode, ajoute Dominique Dejean. L'établissement s'est équipé de la solution Crossway pour sa capacité à couvrir la majorité des axes de l'ordonnancement. Puis, nous avons ajusté l'outil à nos besoins. Pour aller plus loin, nous avons proposé à McKesson, en 2012, d'intégrer directement notre méthodologie à ses solutions pour en faire un produit ad hoc correspondant aux besoins actuels des établissements et à une demande en croissance. »